

“Repensar la Recuperación”

“Rethinking recovery”

Capítulo 5

Autores:

*Anne Marit Mengshoel Kinesióloga, Postgrado en Terapia manual y PhD en Ciencias Médicas.
Profesora del Departamento de Ciencias de la Salud Interdisciplinarias, Facultad de Medicina, Universidad de Oslo.
Marte Feiring Terapeuta Ocupacional y Socióloga, PhD en Sociología, Profesora de Salud Pública y Rehabilitación en el
Instituto de Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Metropolitana de Oslo.*

*Klgo. Lic. ARMANDO CIFUENTES AMIGO, Magíster © en Kinesiología
Traductor y transcriptor de la reflexión.*

Palabras clave: recuperación, kinesiología, epistemología.

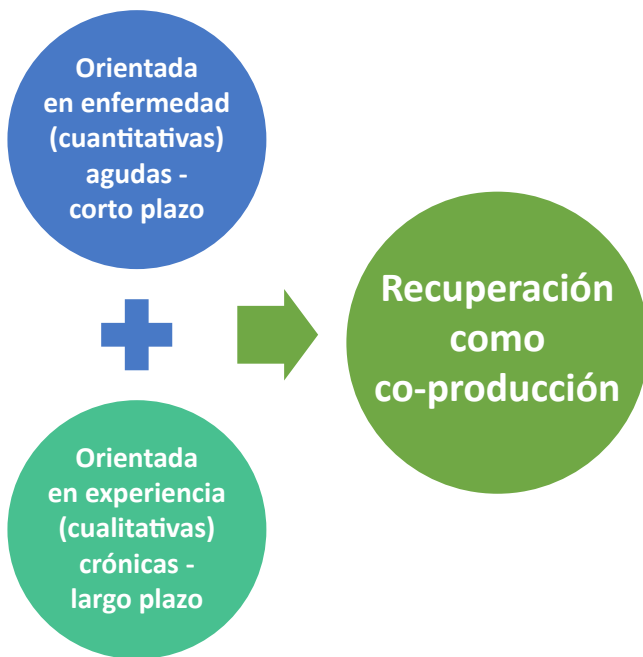
Título Abreviado: Repensar la recuperación
Información del Artículo
Recepción: 20 de Noviembre de 2021
Aceptación: 14 de Diciembre de 2021

Preguntarse ¿Qué significa el término *recuperación*? Es lo que los autores intentan responder a través de este capítulo. Ellos señalan que no se puede responder de una manera tácita, posee diversas interpretaciones y significados y su respuesta va a depender desde la vereda desde dónde se le mire. Puede abarcar desde mejorar o curarse de una enfermedad, regresar o llegar a un estado o vida saludable como solía ser, recuperar algo que se perdió o recrear una vida sana o significativa. Pero, históricamente el término recuperación se ha asociado con el paradigma biomédico, donde la recuperación se ve como una variable medible, y, por lo tanto, objetiva y cuantificable. En este capítulo los autores reflexionan sobre lo propuesto por Jacobson (2004), donde propone 3 tipos de recuperación: la recuperación como variable objetiva, recuperación como experiencia (proceso de sanación personal) y recuperación como co-producción, donde convergen las 2 recuperaciones anteriores.

Si bien la medicina en sus inicios poseía únicamente la subjetividad como herramienta del evaluador (a través de sus sentidos) para intentar resolver los problemas que le desafiaba la enfermedad, a medida que la tecnología y las investigaciones en salud fueron desarrollándose, paso a ser un profesional mucho más objetivo en sus evaluaciones. Con la aparición de exámenes como la radiografía, muestras de sangre, etc. le permitía al clínico poder saber con mayor exactitud el estado de un órgano o sistema del cuerpo, y de esa manera, obtener mayores certezas en su tratamiento, y, por lo tanto, en curar la enfermedad. Esta cuantificación de resultados poco a poco hizo que la recuperación en el ámbito médico se asociara solamente a un término objetivo, evidenciable y por lo tanto con la capacidad de ser medido, que tributaba al modelo biomédico, donde el ser resolutivo, en este caso de la enfermedad, era la máxima a alcanzar.

En el siglo XIX el concepto salud era básicamente la ausencia de enfermedad y lo que principalmente estaba en juego era una cosa: efectividad y/o resultados de tratamientos, en otras palabras, la ausencia o presencia de síntomas o signos de la enfermedad tratada. Pero la clave aquí -según el modelo biomédico- era generar una buena evaluación y/o examinación (de allí la necesidad de mediciones objetivas) que permitiera clasificar/catalogar a la persona en un diagnóstico médico, tras esto se debía aplicar el tratamiento correspondiente y si el resultado era exitoso, los síntomas desaparecían y por lo tanto el sujeto se sanaba y, por ende, recuperaba, su salud y/o funcionalidad. De lo contrario, si la persona no se sanaba, entonces no tuvo el diagnóstico y el tratamiento correcto, por lo que se debía cambiar.

Figura 1. Propuesta de recuperación como co-producción según Jacobson (2004).



Tal fue el éxito de este modelo de “ver” la recuperación de las personas que se creó la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD por su sigla en inglés), de esta manera cada enfermedad posee un tratamiento preciso y específico para la sanación, momento en el cual la persona dejaba de ser persona y pasaba a ser una enfermedad -lo similar debiese ser tratado de manera similar-, no considerando las complejidades propias del ser humano (internas, sociales, culturales, etc.). Nadie puede cuestionar que es un modelo que no funciona o que no sirve, su éxito en la prevención y manejo de enfermedades es indudable, lo lamentable es que a pesar de que han transcurrido más de 100 años, aún sigamos arraigados a él.

La kinesiología por su parte, con el afán de validación como disciplina, también tuvo una evolución similar a la medicina, transcurriendo desde evaluaciones subjetivas, como por ejemplo la terapia manual y masajes, hacia una objetivación de las mediciones, donde las pruebas estadísticas reinaban. Importante son acá los aportes de Kendall con la evaluación de la fuerza muscular en la recuperación de las personas con poliomielitis; Kalterborn con su trabajo en la evaluación y tratamiento de las alteraciones de movimiento de los complejos articulares; finalmente los trabajos de Rose y Sharman para realizar una clasificación patokinesiológica y un diagnóstico kinésico. A pesar de todas estas valiosas contribuciones, la esencia sigue siendo la misma, **la clasificación del individuo, donde el ser humano es visto como una lesión y, por lo tanto, lesiones similares debiesen ser tratadas de manera similar.**

Siguiendo con esta lógica, el modelo de Práctica basada en la evidencia, que si bien intenta agrupar aparte de la mejor evidencia empírica disponible a la experiencia del clínico y las preferencias del paciente, las recomendaciones de tratamiento están agrupadas de acuerdo con el diagnóstico médico. Recién en año 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) expandió la definición biomédica de salud como la ausencia de enfermedad hacia un estado completo de bienestar físico, mental y social, naciendo el concepto biopsicosocial. Esto permitió a que en 1980 la OMS, en un intento de acercarse a la funcionalidad del individuo, lanzara la Clasificación Internacional de Deficiencias, discapacidades y Minusvalías (ICIDH por su sigla en inglés) la cual fue muy criticada en su momento debido al fuerte arraigo biológico y personal. Del mismo modo, para el año 2001 se crea la Clasificación Internacional de Funcionamiento (ICF por su sigla en inglés) la cual incorpora mayormente el entendimiento biopsicosocial de la enfermedad y la relación con la funcionalidad. A pesar de lo anterior, **la aplicación de estas herramientas de clasificación no trae ningún beneficio hacia la persona objetivo, sino más bien, a los profesionales de salud.**

Debido a una excesiva centralización de ver la recuperación como la resolución de signos/síntomas, y donde no siempre se alcanzaba un resultado exitoso (sobre todo en condiciones crónicas como adicciones, EPOC o cáncer a largo plazo) es que fueron los propios pacientes/movimientos sociales quienes exigieron a los sanitarios una visión de recuperación centrada más

en las experiencias personales de cada individuo. Acá es donde entra en juego el término “esperanza” como un motivador crucial en la recuperación personal, que pone énfasis en la recuperación como una transición sin un punto final definido donde el sujeto debe enfrentarse a un constante cambio y transformación, encontrando cada vez el sentido a su vida. De este modo, en la década de los 90’ comenzaron a aparecer los primeros estudios cualitativos centrados en la recuperación como experiencia personal emergiendo tópicos como el bienestar de la persona (aceptación), autoconocimiento, aceptación, punto de inflexión y afrontamiento activo, dejando de lado las clásicas variables positivistas objetivando resultados de medida estandarizada con un tratamiento despersonalizado y centrado en la enfermedad hacia una práctica basada en las necesidades particulares del individuo entendiéndolo como ser social y único.

Sin lugar a duda personalizar no es sencillo y se plantea como un desafío para el clínico/kinesiólogo, pero la producción de conocimiento de los problemas personales junto con un proceso de recuperación de experiencia personal se hace necesario para comprender lo que está en juego para una persona enferma. Acá es donde Jacobson en el 2004, propone el término de “recuperación como coproducción” donde ambos tipos de recuperación anteriormente mencionados entran en juego y se conjugan: recuperación orientada en la enfermedad (curativas) y generalmente con éxito en condiciones agudas a corto plazo donde los estudios controlados aleatorizados aparecen como leyes infranqueables (que en kinesiólogía se han utilizado como un proceso de legitimar la profesión en el sistema hegemónico) y la recuperación como experiencia personal (cualitativa) en condiciones crónicas a largo plazo donde los pensamientos, creencias y expectativas del sujeto influyen en su proceso de recuperación y no pueden ser ignorados.

Esto conlleva que en la práctica clínica se requiera de un esfuerzo mayor por parte del clínico, casi artístico, con un enfoque de co-producción de este complejo proceso de recuperación y sanación. Finalmente, los autores hacen un llamado a un repensamiento crítico del término recuperación en la práctica clínica, donde se hace imperativo generar cambios en los currículums de formación de kinesiólogos, brindándoles de herramientas para poder complementar una kinesiólogía desde un marco conceptual centrado en la persona.

Figura 2. La recuperación como co-producción requiere del esfuerzo en unir la recuperación orientada en la enfermedad y en las experiencias personales. Nótese que el tamaño de los círculos indica el grado de importancia que actualmente los clínicos le dan a cada recuperación. ECA: Ensayo Controlado Aleatorizado.



Como reflexión personal puedo señalar que tal como lo indica el título del capítulo, los autores logran generar en el lector el repensar, pero repensar más allá en solo la recuperación, sino más bien el repensar nuestra epistemología, repensar nuestro marco normativo vigente, repensar si todo lo hecho hasta ahora en kinesiólogía ha sido lo correcto para la disciplina. Sin lugar a duda la kinesiólogía en sus cortos años de historia ha ganado su espacio dentro de las profesiones de la salud, eso no se cuestiona (los datos nacionales e internacionales así lo demuestran), pero siempre ha sido bajo el yugo del modelo hegemónico biomédico. La tarea ahora es brillar, pero bajo el anhelado manto de la autonomía profesional y para poder dar ese salto cualitativo necesitamos justamente empaparnos del conocimiento que nos entrega esta otra vereda, lo cualitativo, necesitamos escuchar, conocer esta nueva realidad mirada desde el sujeto movilizado y no desde el movilizador clásico en un contexto kinésico, tomar en consideración las experiencias personales en la toma de decisiones clínicas, esto nos permitirá en un futuro no muy lejano complementar nuestro conocimiento que se ha construido en estos años y poder entender realmente el sufrimiento (disfunción) y la necesidad (función) de las personas, dejando de una vez por todas responder a nuestras propias preguntas que nos

planteamos nosotros mismos sobre el otro. Obviamente esto nos obliga a repensar también los currículos por el cual se están formando los kinesiólogos actualmente y la necesidad de adquirir nuevos pilares de conocimiento en la disciplina, como la psicología, variables socioculturales, políticas, entre otros, tal y como lo señalan los autores, y en esa misma línea, ¿será uno de estos la variable “género” y su relación a la función dentro de la sociedad uno de ellos?

Bibliografía Complementaria

- Jacobson, N. (2004). In recovery: The making of mental health policy. Nashville, Tenn, and London, UK: Vanderbilt University Press.
- Rose, S. J. (1989). Physical therapy diagnosis: Role and function. *Physical Therapy*, 69(7), 535–537.
- Rose, S. J. (1988). Description and classification: The cornerstone of pathokinesiological research. *Physical Therapy*, 66(3), 379–386.
- Sahrman, S. A. (1988). Diagnosis by the physical therapist: A prerequisite for treatment: A special communication. *Physical Therapy*, 68, 1703–1706.

Correspondencia

Correo de contacto: acifuentesa@ucm.cl